TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr P. MOULONGUET

ADDENDUM AUX « TITRES » DE 1926

MASSON ET Cie ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VIe)
1929

LISTE

DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — HISTOLOGIE ET RECHERCHES EXPÉRIMENTALES.

Sur l'histologie du corps jaune gravidique de la femme. *Soc. de Biologie*, déc. 1926.

Sur la physiologie du corps jaune de la femme. *Soc. de Biologie*, déc. 1926.

Notes sur l'histologie du rachitisme expérimental chez le rat (avec Sonia Dobkevitch). *Soc. de Biologie*, juillet 1927.

Le chondriome des cellules du corps jaune humain. *Soc. de Biologie*, déc. 1927.

Rachitisme expérimental par infection digestive (avec Sonia Dobkevitch). *Soc. de Biologie*, 1929.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Kyste épidermoïde congénital de la région sus-claviculaire (avec H. Hartmann). *Soc. Anatomique*, janv. 1924.

Rupture spontanée du grand pectoral chez un vieillard. Énorme hématome. Mort (avec H. Hartmann). *Soc. Anatomique*, janv. 1924.

Évolution d'une maladie de Paget du sein traitée par la radiothérapie (avec Sonia Dobkevitch et Nahan). *Soc. Anatomique*, nov. 1927.

Étude de quelques cas d'artérites préséniles (avec Pavie). *Ann. d'Anatomie pathologique*, juil. 1927.

Un cas d'épithélioma calcifié sous-cutané avec ossification vraie (avec Pavie). *Soc. Anatomique*, juin 1928.

III. — PATHOLOGIE EXTERNE.

Les kystes osseux (kyste hydatique excepté). *Gazette des hôpitaux*, juin 1926.

Des renseignements à attendre de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs osseuses. *Pratique Médicale française*, juil. 1926.

La pulvérisation des extrémités articulaires. Essai sur la pathogénie des arthrites déformantes. *Gazette des Hôpitaux*, nov. 1927.

Des tumeurs mixtes de la face (avec Peynet). *Ann. d'Anatomie pathologique*, déc. 1927.

Signification pathologique des corps étrangers articulaires. *Ann. d'Anatomie pathologique*, avril 1928.

Un exemple de périostite albumineuse avec grosse collection ossifluente. *Pratique Médicale française*, mai 1928.

Syndrome de Volkmann. Aponévrotomie précoce. Guérison (avec Senèque). *Soc. de Chirurgie*, oct. 1928.

Cholécystite calculeuse avec hématémèse. *Soc. de Chirurgie*, janv. 1929.

Polype muqueux du sigmoïde extrait par entérotomie. *Soc. Anatomique*, fév 1929.

La pulvérisation des extrémités articulaires. Une pathogénie mécanique des arthrites déformantes (à paraître). *Presse Médicale*, 1929.

Les corps étrangers articulaires (à paraître). *Journal of bone et joint surgery*, mai 1929.

Corps étranger ostéo-cartilagineux d'une gaine synoviale palmaire (avec Mathieu), à paraître. *Annales d'Anatomie pathologique*, 1929.

IV. — GYNÉCOLOGIE.

Prolapsus vaginal de la trompe. *Soc. de Gynécologie et Obstétrique*, février 1928.

Étude histo-physiologique des ovarites kystiques. *Annales d'Anatomie pathologique*, juin 1928.

Salpingite iliaque gauche ayant simulé une sigmoïdite. *Soc. Anatomique*, fév. 1929.

V. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Transplantation du péroné pour réparer une perte de substance du tibia. *Soc. de Chirurgie*, 1927.

L'incision en bonne place dans la cure de l'appendicite aiguë. *Revue Médicale universelle*, avril 1927.

A propos du drainage dans l'appendicite aiguë. *Congrès français de Chirurgie*, 1927.

Traitement dans certains cas de luxations récidivantes acquises de la rotule par transplantation musculaire. *Soc. de Chirurgie*, mars 1928.

Sphacèle d'un doigt après anesthésie en bague à la novocaïne sans adrénaline. *Soc. de Chirurgie*, mai 1928.

Traitement des tumeurs blanches du poignet chez l'adulte. *Gazette Médicale de Picardie*, juin 1928.

Des différents modes de suture de la paroi abdominale après laparotomie. *Bull. Médical de Québec*, juin 1928.

Phlegmon de la gaine palmaire de l'index traité par les incisions latérales et guéri avec conservation des mouvements du doigt. *Soc. de Chirurgie*, nov. 1928.

Blocage du genou en extension à la suite d'une fracture de cuisse. Transplantation rotulienne. Très bon résultat fonctionnel. *Soc. de Chirurgie*, juin 1929.

I. — HISTOLOGIE ET RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Sur l'histologie du corps jaune gravidique de la femme. *Soc. de Biologie*, 3 déc. 1926, t. XCV, p. 1323.

Sur la physiologie du corps jaune de la femme. *Soc. de Biologie*, 10 déc. 1926, t. XCV, p. 1392.

Le chondriome des cellules du corps jaune humain. *Soc. de Biologie*, 10 décembre 1927, t. XCVII, p. 1652.

Dans cette série de notes destinées à compléter mes travaux antérieurs, j'insiste sur les différences très caractéristiques qui existent entre le corps jaune gravidique et le corps jaune menstruel : à l'œil nu par sa couleur orangée vive, au microscope par la cytolyse des éléments de la couche interne, par l'absence presque complète d'enclaves lipoïdiques, le corps jaune gravidique peut être aisément reconnu.

En employant une technique propre à mettre en évidence l'appareil mitochondrial, on peut déceler un autre caractère morphologique du corps jaune gravidique. En effet, les cellules du corps jaune menstruel, vers la fin de la période menstruelle, sont presque complètement dépourvues de mitochondries; au contraire, les cellules du corps jaune gravidique possèdent un appareil mitochondrial très riche, à gros grains (fig. 1).

Pour comprendre l'évolution de cet appareil mitochondrial, il faut examiner les corps jaunes très nouvellement formés, tels qu'on peut les rencontrer 12 jours environ après les règles. A ce stade, les cellules montrent un réseau de chondriocontes très fins; quelques jours plus tard, ce chondriome filamenteux se transforme en un

chondriome granuleux très fin; si la fécondation se produit, le chondriome persiste et les grains acquièrent un volume considé-

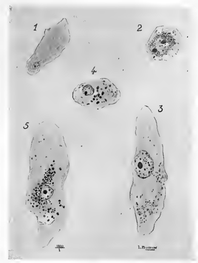


Fig. 1. — 1. Cellule interne d'un corps jaune nouvellement formé. Chondriocontes très fins colorés en mauve-rose, à peine différenciés du protoplasma de la cellule.

2. Cellule externe du même corps jaune que n° 1. Chondriosomes très fins, en filaments et en granules. Le pourtour de la cellule était chargé de lipoïdes.

3. Cellule interne d'un corps jaune menstruel, 25 jours avant le début des règles. La cellule représentée, à protoplasma homogène, à limites nettes, montre quelques mitochondries très fines, colorées en rose. Il existe une cellule avec chondriome pour vingt cellules qui en sont dépourvues.

4. Cellule externe d'un corps jaune gravidique de moins d'un mois. Grosses mitochondries sphérulaires.

5. Cellule interne d'un corps jaune gravidique de deux mois. La cellule représentée, à protoplasma vacuolaire, à limites peu nettes, montre de grosses mitochondries sphérulaires colorées en violet ou en rose vif. Il existe deux cellules sur trois avec chondriome.

Pour toutes ces figures : grossissement 1000; fixation au Bouin; coloration par l'hématoxyline phosphotungstique de Mallory.

rable; si la fécondation échoue, le chondriome disparaît presque complètement.

Ces recherches sur l'appareil mitochondrial du corps jaune humain sont entièrement nouvelles. Contemporaines aux miennes sont celles d'Horrenberger et de Chydenius qui aboutissent à des descriptions analogues.

De ces constatations morphologiques il est permis de tirer les conclusions suivantes touchant le rôle physiologique du corps jaune de la femme.

Le corps jaune gravidique est une glande endocrine en phase d'excrétion. L'appareil mitochondrial granuleux, les mutations, puis la disparition progressive de la charge lipoïdique sont les aspects de cette phase d'excrétion. Certaines observations me permettent d'ajouter que c'est l'œuf vivant qui est l'excitant de cette excrétion endocrinienne du corps jaune : l'excrétion glandulaire s'arrête si l'œuf meurt.

Le corps jaune menstruel, au contraire, avec sa charge lipoïdique intacte, son chondriome déficient, est la glande restée en charge qui ne fonctionne pas.

Le corps jaune est une glande endocrine qui fonctionne pendant les premières semaines de la grossesse, c'est-à-dire pendant la période de nidation de l'œuf.

Note sur l'histologie du rachitisme expérimental chez le rat (avec Sonia Dobkevitch). *Soc. de Biologie*, 8 juillet 1927, t. XCVII, p. 316.

Rachitisme expérimental après infection digestive (avec Sonia Dobkevitch). *Soc. de Biologie*, mars 1929.

Dans une première note, nous avons étudié minutieusement les aspects histologiques du rachitisme expérimental, parce qu'il nous a semblé que les travaux très nombreux qui ont paru sur cette question depuis quelques années (Pappenheimer, Mac Collum, de Gennes, J. Debray) les avaient insuffisamment décrits.

C'est ainsi que nous sommes arrivés à cette constatation que les régimes carencés en phosphore produisent pendant les deux premières semaines une lésion très spéciale et assez différente du rachitisme vrai (fig. 2), caractérisée par l'hyperplasie considérable du cartilage, par l'arrêt de toute ostéogenèse et par la constitution, à la

limite du cartilage et de l'os, d'un barrage de tissus nécrotiques résultant de l'écrasement du cartilage sur l'os.

Au contraire, par des régimes incomplètement carencés en phosphore ou par des régimes carencés longtemps prolongés, on obtient des lésions proprement rachitiques, c'est-à-dire caractérisées par une ostéogenèse en désordre. Le cartilage, l'os et le tissu ostéoïde



Fig. 2. — Hyperplasie cartilagineuse avec écrasement du cartilage sur l'os métaphysaire ; pièce obtenue par le régime carencé en phosphore (Pappenheimer) chez un rat.

se pénètrent et sont mêlés en chaos au niveau de la zone spongoïde de J. Guérin. Ce n'est pas là un tissu spécial, mais bien une zone bouleversée, dont les éléments pris isolément sont normaux, mais dont l'ordonnance est complètement anarchique (fig. 3).

Dans une seconde note, nous avons démontré que ces deux aspects du rachitisme expérimental peuvent être reproduits, sans carence alimentaire, par une infection digestive. Ce résultat est intéressant puisqu'il permet pour la première fois de reproduire un rachitisme expérimental tout à fait analogue au rachitisme infantile. En effet, le rachitisme infantile n'est pas dû à une carence alimentaire. L'école pédiatrique française n'a pas cessé de soutenir qu'il

était dû à des infections diverses et tout spécialement à des infections digestives.

Plusieurs expérimentateurs, notamment Spillmann, avaient tenté de reproduire un rachitisme expérimental par infection. Ils n'avaient pas obtenu de résultats constants. C'est par la méthode de sensibilisation biliée du tube digestif indiquée par Besredka, suivie

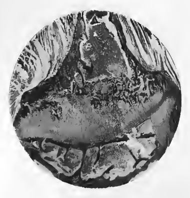


Fig. 3 — Lésions du type rachitique: pièce obtenue par le régime carencé en phosphore alternant avec le régime normal chez un rat.

d'ingestion de colibacilles, que nous avons réussi à obtenir dans 14 cas sur 16 des lésions rachitiques manifestes, démontrées par l'examen histologique.

On peut donc produire un rachitisme expérimental, non plus artificiel comme le rachitisme de carence, mais identique au rachitisme humain, dû comme lui à une infection digestive.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Kyste épidermoïde congénital de la région sus-claviculaire (avec H. Hartmann). *Soc. Anatomique*, janvier 1923, p. 22.

Cette tumeur volumineuse de la région sus claviculaire, rencontrée chez un homme jeune, a donné lieu à des discussions diagnostiques intéressantes. L'examen histologique, après ablation de la tumeur, a montré qu'il s'agissait d'un kyste épidermoïde congénital, formation différente d'un kyste dermoïde par l'absence de phanères.

Rupture spontanée du grand pectoral chez un vieillard, énorme hématome, mort (avec H. Hartmann). *Soc. Anatomique*, janvier 1924, p. 24.

Un vieillard présente une tuméfaction considérable au niveau du grand pectoral. Il s'agit d'un hématome énorme dû à la rupture spontanée du muscle. Le malade meurt avec du subictère et une extension des ecchymoses à la totalité du corps au-dessous du cou.

L'examen histologique montre des lésions anciennes des fibres musculaires, conformes à la description donnée par Durante de la désintégration granuleuse.

C'est une lésion rencontrée dans la cachexie sénile; néanmoins la rupture spontanée des muscles dans la vieillesse, en dehors des infections ou des intoxications, n'avait pas été signalée jusqu'à présent.

Évolution d'une maladie de Paget du sein traitée par la radiothérapie (avec Sonia Dobkevitch et Nahan). *Soc. Anatomique*, novembre 1927, p. 927.

Une maladie de Paget du mamelon est d'abord traitée par les rayons X; elle paraît guérie pendant 4 ans; au bout de ce temps un cancer du sein évolue, sans que récidive la dyskératose mamelonnaire et je dois amputer le sein.

L'examen histologique confirme la guérison des lésions cutanées mamelonnaires, mais montre l'évolution du cancer dans les galactophores et dans la profondeur de la glande.

Cette observation est donc un exemple de la nécessité, dans la maladie de Paget du mamelon, de considérer tout le sein comme envahi par le cancer et par conséquent de faire une amputation précoce et large du sein.

Étude de quelques cas d'artérites préséniles (avec Pavie). *Annales d'Anat. path.*. juillet 1927, tome IV, p. 685.

En étudiant les observations anatomo-cliniques d'artérites préséniles qui existent dans la collection du Pr Lecène, nous avons pu nous convaincre qu'il y avait lieu actuellement de classer ces artérites de la façon suivante :

Un premier groupe comprend des cas d'artérites inflammatoires dites thrombo-angéites. Cliniquement elles se rencontrent le plus souvent en France chez des Israélites venant de l'Est européen, elles ont une évolution par poussées successives avec de longues rémissions, le processus morbide frappe simultanément les veines et les artères. L'histologie montre des lésions très inflammatoires touchant toutes les tuniques des vaisseaux et les remaniant considérablement comme en fait foi la figure 4; on y trouve assez fréquemment des nodules infectieux à cellules géantes (fig. 5) tels que Buerger les a décrits, où coexistent des aspects d'inflammation aiguë à polynu-

cléaires et des éléments d'inflammation chronique, cellules épithélioïdes et plasmodes.

Un second groupe, trop souvent passé sous silence, est celui des artérites syphilitiques. C'est aussi une paravascularite, mais moins



Fig. 4. — Artère de jambe atteinte de thrombo-angéite.

Remarquer l'infiltration considérable de toutes les tuniques et la néoformation, au centre du vaisseau, d'une nouvelle média, autour de la lumière vasculaire. Cette lumière est en partie obturée par une endartérite végétante.

aiguë que la thrombo-angéite; les tuniques artérielles sont profondément remaniées et sclérosées.

Un troisième groupe est celui de l'athérome juvénile, sur lequel Guillaume a beaucoup attiré l'attention. Ici, pas de lésions inflammatoires, mais électivement au début une altération dégénérative de la limitante interne élastique qui est interrompue, comme brisée de place en place, souvent remplacée par un petit foyer d'athérome

calcifié, ailleurs clivée en plusieurs lames plissées parallèles. A ces lésions fondamentales de la tunique élastique s'ajoutent une endartérite constructive, puis une oblitération totale par thrombose de



Fig. 5. — Thrombo-angéite représentée à un fort grossissement.
On voit le mode spécial de réaction inflammatoire, dit foyer miliaire à cellules géantes.

la lumière du vaisseau qui, dans les cas anciens, peut être recanalisé par des néocapillaires.

A côté de ces causes principales, il y a encore d'autres artérites dues à des infections et à des intoxications diverses.

Cette classification est naturellement un travail d'attente puisque la pathogénie des principales formes, thrombo-angéite et artériosclérose, est inconnue; mais elle doit orienter les recherches en ce qui concerne la thrombo-angéite vers la découverte d'un agent pathogène, en ce qui concerne l'athérome, lésion dégénérative, vers une intoxication ou une viciation du métabolisme, exceptionnelle chez les sujets jeunes, mais habituelle chez les vieillards.

Un cas d'épithélioma calcifié sous-cutané avec ossification vraie (avec Pavie). *Soc. Anatomique*, juin 1928, p. 684.

Sur un épithélioma calcifié de la peau qui renfermait, comme cela n'est pas rare, des plages ossifiées, nous avons pu étudier dans des conditions favorables l'ostéogenèse du tissu osseux. Nous avons vu la substance osseuse se différencier, aux dépens de la poussière calcique qui imprègne les cadavres fossilisés, des cellules épithéliales, sans intervention d'aucun élément vivant. Il s'agit donc, au moins dans ce cas particulier, d'une ostéogenèse par un mécanisme exclusivement physico-chimique.

Cette constatation est en plein accord avec les théories émises par Gerhardt, par Leriche et Policard, sur la formation normale de l'os. Mais, tandis que dans l'ostéogenèse normale, au sein d'un blastème conjonctif, le phénomène est malaisé à analyser, l'épithélioma calcifié est un excellent objet d'étude de l'ostéogenèse.

Nous avons pu y voir en outre le rôle trophique exercé par les ostéoblastes secondairement apparus avec les vaisseaux au sein de la matrice osseuse et autour duquel le tissu osseux se parfait.

III. — PATHOLOGIE EXTERNE

Les kystes osseux (kyste hydatique excepté). *Gazette des Hôpitaux*, juin 1926, p. 835.

Revue générale où je distingue les kystes vrais qui n'existent qu'au crâne et au maxillaire, et les faux kystes : soit multiples, dans la maladie de Recklinghausen ; soit isolés, c'est le type principal, celui des kystes osseux essentiels juxta-épiphysaires de l'adolescence.

J'insiste sur le diagnostic radiologique qui est capital et qui a permis la reconnaissance fréquente de cette lésion. J'indique la technique du traitement chirurgical des kystes osseux solitaires : elle ne s'est pas modifiée depuis que cette revue a été composée.

Des renseignements à attendre de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs osseuses. *Pratique Médicale française*, juillet 1926, p. 313.

Dans cet article de vulgarisation, je revenais sur l'importance des progrès qui ont été faits depuis quelques années dans l'interprétation des radiographies du squelette, spécialement pour reconnaître les tumeurs osseuses. Ces progrès sont surtout dus à l'application de la méthode anatomo-clinique. C'est en confrontant les images radiologiques et les aspects histologiques des tumeurs osseuses qu'on a pu apporter de la précision à cette question, il y a quelques années encore tout à fait obscure

J'ai pu confirmer par l'étude de nouveaux cas la valeur des signes adiologiques des sarcomes osseux, que j'avais étudiés précédem-



Fig. 6. — Ostéo-chondro-sarcome du fémur.

ment (avec Lifschitz), et dans le service de mon maître le Pr Lecène j'ai inspiré la thèse de Babok (*Journal de Radiologie et d'Électrologie*, février 1928, p. 62) (v. fig. 6).

Le diagnostic radiologique entre les ostéosarcomes et les ostéites

(ostéomyélite chronique, syphilis, tuberculose osseuse) peut être difficile, comme Tavernier l'a montré.

Quant à l'épithélioma secondaire des os, j'ai pu constater, par de nouveaux exemples, qu'en dehors de cas tout à fait exceptionnels (métastase de cancer de la prostate), ils ont une image bien différente des ostéosarcomes, avec des foyers lacunaires multiples, bien délimités, sans réaction hyperostosante, ni périostite de voisinage. Souvent l'os est soufflé par le développement des noyaux métastatiques et l'image se rapproche de celle des kystes osseux. L'examen histologique m'a d'ailleurs confirmé dans plusieurs cas, qu'il n'y avait pas de réaction ostéoplastique au voisinage des éléments épithéliaux du cancer secondaire des os.

Des tumeurs mixtes de la face (avec Peynet). *Annales d'Anat. path.*, déc. 1927, t. IV, p. 957.

Il existe à la face des tumeurs mixtes tout à fait identiques à celles que l'on rencontre plus fréquemment au niveau des glandes salivaires et de la voûte palatine.

Ces tumeurs sont de petit volume et leur aspect clinique est peu caractéristique. On les confond habituellement avec les kystes sébacés : c'est l'examen histologique qui permet de les identifier. J'en ai rapporté 7 observations inédites, recueillies dans le service du Pr Lecène.

Ces petites tumeurs siègent, fait digne de remarque, au niveau de la ligne médiane, front ou menton, ou bien aux côtés du nez et dans la lèvre supérieure près de la commissure. Ces emplacements sont ceux des scissures embryonnaires de la face : scissure médiane, intermaxillaire et lacrymale (fig. 7 et 8). De plus, certaines observations recueillies dans la littérature montrent la coexistence d'une tumeur mixte avec une malformation congénitale de la face.

Au point de vue histologique, il y a identité entre la structure de ces tumeurs mixtes de la face et celle des glandes salivaires. Il y a donc lieu de rechercher quelle théorie pathogénique univoque est susceptible d'expliquer à la fois la formation de toutes les tumeurs mixtes faciales, buccales et salivaires. Ce n'est naturellement pas la théorie salivaire, non plus que la théorie branchiale, inapplicables

aux tumeurs mixtes du front, par exemple. Au contraire, la vieille théorie de l'enclavement explique très bien le développement de tumeurs à tissus multiples dans ces régions profondément remaniées au cours du développement.

La tumeur mixte de la face est peut-être susceptible d'une évolution maligne comme celle des glandes salivaires, néanmoins je n'ai

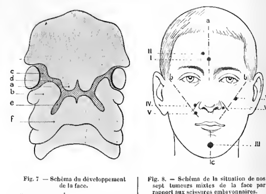


Fig. 7 — Schéma du développement de la face.

a) Bourgeon frontal;
b) Bourgeon maxillaire supérieur;
c) Sillon lacrymal;
d) Sillon nasal;
e) Fente intermaxillaire;
f) Maxillaire inférieur

Fig. 8. — Schéma de la situation de nos sept tumeurs mixtes de la face par rapport aux scissures embryonnaires.

a) Fente frontale;
b) Fente lacrymo-nasale et intermaxillaire;
c) Fente mentonnière.

Remarquer que les tumeurs mixtes sont toutes au voisinage de ces fentes.

pas trouvé d'observation de cette dégénérescence maligne. En tout cas, le traitement est l'exérèse chirurgicale, elle devra être faite économiquement avec le souci de respecter l'esthétique.

Un exemple de périostite albumineuse avec grosse collection ossifluente. *Pratique Médicale Française*, mai 1928, p. 243.

La périostite albumineuse décrite par Poncet, sous l'inspiration

d'Ollier, est tout simplement une lésion d'ostéomyélite atténuée ; il faut cependant conserver cette dénomination parce qu'elle correspond à un tableau clinique tout à fait particulier, simulant la tuberculose, et qu'il faut savoir reconnaître pour appliquer le traitement convenable.

Je rapporte une observation typique de cette périostite albumineuse de l'os iliaque observée chez un jeune homme de 19 ans, ayant donné naissance tout à fait insidieusement à une collection ossifluente volumineuse de la cuisse.

Le diagnostic de tuberculose fut d'abord porté sans hésitation. La ponction cependant donna issue à un liquide séreux rougeâtre, qui, ensemencé, donna une culture de staphylocoques. Le résultat ayant été confirmé par une nouvelle ponction quelques semaines plus tard, le diagnostic fut infirmé et une intervention chirurgicale permit de faire l'ablation complète de la collection ossifluente dont la membrane pyogène put être séparée des muscles de la cuisse. Elle contenait environ 1 litre de sérosité et de caillots fibrineux. Le foyer osseux initial était éteint et cicatrisé : la guérison fut complète.

Les traités de pathologie confondent habituellement dans la description de la périostite albumineuse des observations d'ostéomyélite atténuée et des cas de tuberculose osseuse à épanchement séreux. C'est là une confusion très fâcheuse au point de vue pratique ; ce qui est important, en effet, c'est de différencier de la tuberculose osseuse ces formes d'ostéomyélite, à staphylocoques le plus souvent, mais aussi à bacilles d'Eberth et peut-être à pneumocoques, qui sont justiciables d'un traitement chirurgical et qu'il serait funeste de considérer comme tuberculeuses. L'examen clinique et radiologique permet dans certains cas d'arriver au diagnostic (thèse de Bourlot), mais parfois, lorsqu'il s'agit de périostite à évolution froide dès le début, comme dans le cas que j'ai rapporté, c'est l'examen bactériologique seul qui peut éviter l'erreur.

Syndrome de Volkmann, aponévrotomie précoce, guérison (avec Senéque, rapport Lecène). *Soc. de Chirurgie*, oct. 1928, p. 1094.

Un jeune homme tombe de bicyclette sur l'avant-bras et vient

consulter le lendemain matin avec une tuméfaction dure et diffuse de l'avant-bras, les doigts fléchis irréductiblement dans la paume de la main. La radiographie faite immédiatement montre l'absence de fracture. Je porte alors le diagnostic d'hématome diffus sous-aponévrotique de l'avant-bras, avec début de syndrome de Volkmann.

L'intervention faite par mon collègue Senéque, à l'anesthésie locale, permet de constater la tension extrême de l'aponévrose et l'existence, à l'intérieur du fourreau aponévrotique inextensible, d'un hématome inter- et intra-musculaire. On fait deux longues incisions aponévrotiques interne et antérieure, aussitôt les fourmillements douloureux ressentis dans les doigts disparaissent et les doigts peuvent être facilement étendus.

Cette observation est la confirmation du rôle très important joué par l'hypertension intra-aponévrotique dans la production du syndrome de Volkmann. José Jorge (de Buenos-Ayres) et Mouchet y ont insisté fortement. D'après notre rapporteur, cette hypertension intra-aponévrotique n'est pas tout dans la pathogénie du syndrome de Volkmann où interviennent des lésions vasculaires, vaso-motrices et nerveuses. Mais il reconnaît cependant qu'elle doit jouer un rôle pathogène très important et qu'il peut y avoir grand intérêt à pratiquer précocement l'aponévrotomie lorsque l'on craint le développement de la rétraction ischémique des muscles fléchisseurs antibrachiaux.

Cholécystite calculeuse avec hématémèse (Rapport Cadenat). *Soc. de Chirurgie*, janv. 1929, p. 15,

Une femme atteinte de douleurs gastriques et de vomissements présente, au cours d'une crise douloureuse, une hématémèse abondante. Le diagnostic d'ulcère gastrique est porté. A l'opération on ne trouve aucune lésion gastrique, mais bien une cholécystite calculeuse purulente avec forte péricholécystite.

A propos de cette observation, j'ai recherché les cas d'hémorragies digestives au cours des cholécystites. Elles ne sont pas rares : tantôt abondantes et même immédiatement dangereuses, tantôt minimes et répétées.

Suivant Kehr, elles se rencontrent dans 5 pour 100 des cholécys-

tites. La pathogénie de ces hémorragies est diverse; elles peuvent être rangées sous quatre chefs :

Troubles de la crase sanguine ;

Thrombose porte et anévrysme de l'artère hépatique ;

Duodénite et érosions duodénales : elles ont été démontrées à l'autopsie dans certains cas d'hémorragies mortelles (Feldhahn); l'hyperchlorhydrie constatée fréquemment dans les cholécystites récentes (Ohly), ou bien l'inoculation septique du duodénum par la bile infectée, expliqueraient ces érosions duodénales.

Hémorragie intra-vésiculaire : ce groupe est le plus intéressant; il est bien démontré par quelques observations où une intervention d'urgence a permis d'enlever une vésicule pleine de sang et de caillots (Heusser). L'indication opératoire dans ces cas est formelle, mais le pronostic reste sérieux, parce que ces hémorragies vésiculaires sont souvent associées à des phénomènes infectieux graves.

En pratique, il faut retenir qu'une hémorragie digestive n'est pas le signe certain d'une lésion du tube digestif et ne pas manquer, au cours de l'opération, d'explorer les voies biliaires si la lésion attendue sur l'estomac ou le duodénum ne paraît pas évidente. On évitera ainsi des erreurs graves de thérapeutique chirurgicale.

Polype muqueux du sigmoïde extrait par entérotomie. *Soc. Anatomique*, fév. 1929, p. 225.

J'ai trouvé chez une femme, atteinte de melæna très abondant ayant entraîné un état d'anémie grave, un polype muqueux bénin du sigmoïde, que j'ai enlevé par entérotomie. Le polype isolé du côlon est rare, le diagnostic en est difficile parce que la radiographie ne le décèle aucunement. Il faut cependant le chercher par une laparotomie exploratrice, en présence d'hémorragies intestinales répétées.

La pulvérisation des extrémités articulaires. Essai sur la pathogénie des arthrites déformantes. *Gazette des Hôp.*, n° du centenaire, nov. 1927, p. 73.

La signification pathologique des corps étrangers articulaires. *Annales. d'Anat. path.*, tome V, avril 1928, p. 393.

La pulvérisation des extrémités articulaires. Une pathogénie mécanique des arthrites déformantes (à paraître). *Presse Médicale*, avril 1929.

Les corps étrangers articulaires (à paraître). *Journal of bone et joint surgery*, mai 1929.

J'ai poursuivi l'étude des corps étrangers articulaires, que j'avais entreprise dans ma thèse d'agrégation : on la trouvera résumée dans le premier fascicule de ces *titres et travaux*.

J'avais décrit une variété de corps étranger développé aux dépens d'un petit séquestre détaché des extrémités articulaires. Partant de cette constatation, je me suis attaché à l'étude du phénomène initial d'usure des extrémités articulaires; il consiste dans le détachement de multiples petits éclats osseux et dans l'éparpillement de ces menus copeaux dans la cavité articulaire ; c'est pourquoi je lui ai donné le nom de *pulvérisation des extrémités articulaires.* Les phénomènes réactionnels qui s'ensuivent de la part des parties molles de l'articulation sont très importants.

Le phénomène de la pulvérisation articulaire peut être rencontré dans plusieurs circonstances : soit un traumatisme violent et unique, soit bien plus souvent une série de micro-traumas agissant sur une articulation déséquilibrée par une malformation congénitale ou par un traumatisme antérieur; en dehors d'une notion nette de traumatisme on le trouve très marqué dans les arthropathies tabétiques (Freund); expérimentalement, j'ai pu le reproduire dans des arthrites sériques chez le lapin ; il est probable qu'il sera retrouvé également dans les arthrites inflammatoires et infectieuses humaines, la fragilité des épiphyses dans ces cas en rendant l'usure à peu près fatale.

Les fragments osseux projetés dans une articulation sont repris et englobés par la membrane synoviale, suivant le mécanisme général d'exclusion des corps étrangers par les membranes séreuses. Au sein de la synoviale les petits séquestres peuvent être résorbés, et c'est le mécanisme de la guérison ; ils peuvent aussi être le point de départ de réactions histologiques qui aboutissent aux lésions graves de l'arthrite déformante.

La présence de ces débris osseux, en effet, réalise au mieux les

conditions de l'ossification hétérotopique étudiées par Nageotte,

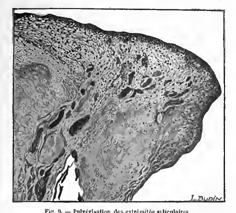


Fig. 9. — Pulvérisation des extrémités articulaires.
De nombreux éclats d'os sont inclus dans une frange synoviale ; à leur voisinage se différencient dans le tissu conjonctif des nodules cartilagineux

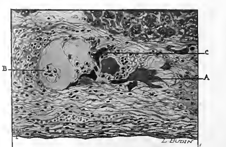


Fig. 10. — Au voisinage de petits éclats osseux (A) se sont déposés des amas calcifiés (C) et s'est formé un noyau cartilagineux (B).

par Leriche et Policard. Autour d'eux, dans les tissus périarticulaires congestionnés et œdémateux, se forment des nodules cartilagineux,

des dépôts calcaires, de l'os vivant, et, par pédiculisation des franges synoviales chondrifiées et ossifiées, des corps étrangers articulaires. Les figures 9 et 10 montrent ces réactions histologiques, ce sont les lésions élémentaires de l'arthrite sèche déformante, et il me paraît démontré que le phénomène de la pulvérisation articulaire joue un rôle important dans la genèse de l'arthrite déformante.

Ainsi se trouve basée sur des faits anatomiques la théorie mécanique de l'arthrite chronique déformante qui a été soutenue, après Cruveilhier qui parlait souvent d'usure des articulations, par Arbuthnot Lane et en faveur de laquelle militent tant de faits cliniques. La notion d'arthrite statique des Anglais, d'arthrite mécanique de Leriche est singulièrement renforcée par la constatation de cette pulvérisation des épiphyses et les coupes microscopiques font comprendre comment une série d'entorses avec arrachement osseux aboutissent à créer une articulation disloquée, contenant des corps étrangers, des ecchondroses, des ostéophytes, montrant toutes les lésions de l'arthrite déformante.

Cette conception a des conclusions pratiques : il en résulte un traitement prophylactique de ces arthrites qui consiste à prévenir les désordres mécaniques des articulations et, si faire se peut, à améliorer la résistance du squelette atteint d'ostéoporose. Pour prévenir les désordres mécaniques, il faut, après les entorses et les fractures articulaires, savoir prolonger assez longtemps l'immobilisation, et au contraire entreprendre une thérapeutique orthopédique active lorsqu'une articulation mal posée ou mal réparée est vouée par ce porte-à-faux au processus de l'arthrite déformante. Des progrès ont déjà été faits dans cette voie (ostéotomie, butées, arthrodèses) ; c'est une chirurgie en plein développement.

L'action sur la résistance du squelette est plus malaisée à obtenir. J'ai passé en revue les diverses thérapeutiques, mais aucune n'a jusqu'à présent démontré une constante efficacité.

La pathogénie mécanique des arthrites déformantes, appuyée sur la constatation d'un phénomène aisé à vérifier, celui de la pulvérisation des extrémités articulaires, est à mon avis une pathogénie féconde. Elle doit permettre de prévenir dans nombre de cas l'usure des articulations.

Corps étranger ostéo-articulaire d'une gaine synoviale palmaire (avec Mathieu) (à paraître). *Annales d'Anat. path.*, 1929.

Un corps étranger plat, en languette, a été enlevé de la gaine synoviale digito-palmaire de l'annulaire d'un jeune garçon. Le corps étranger, au microscope, est ostéo-cartilagineux. C'est là un fait très exceptionnel, dont nous discutons la signification.

IV. — GYNÉCOLOGIE

Prolapsus vaginal de la trompe. *Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, fév. 1928, p. 131.

J'ai observé cette lésion chez une femme opérée par moi trois ans auparavant de colpotomie pour une hématocèle rétro-utérine. Il existait dans le cul-de-sac postérieur du vagin une petite tumeur villeuse, papillaire, de couleur rouge sombre. Par une opération sous anesthésie générale, j'ai libéré ce pseudo-polype qui adhérait à la paroi vaginale et je l'ai réintégré dans le cul-de-sac de Douglas.

Une biopsie faite sur une des franges a démontré qu'il s'agissait bien de la trompe procidente dans le vagin.

Cette complication a été signalée après hystérectomie vaginale avec conservation des annexes (Kelly). Mon observation démontre qu'elle peut se voir aussi après colpotomie et qu'elle peut poser un petit problème de diagnostic gynécologique.

Étude histo-physiologique des ovarites kystiques. *Annales d'Anat. path.*, t. V, juin 1928.

L'historique des études très nombreuses faites sur les ovarites kystiques démontre que l'histologie n'a pas permis un classement des ovarites kystiques qui soit en accord avec la clinique et qu'on puisse tenir par conséquent pour satisfaisant.

Certains de ces kystes sont sans histoire clinique et se rencontrent chez des femmes saines; d'autres au contraire paraissent à l'origine d'accidents : hémorragie utérine notamment.

J'ai cherché dans l'étude histophysiologique des ovarites kystiques un mode de classement qui fût en accord avec la clinique.
Ces recherches ont consisté en l'injection à la rate castrée du liquide contenu dans ces kystes. Dans certains d'entre eux j'ai pu démontrer l'existence de folliculine : l'appareil génital de la rate castrée prend les caractéristiques anatomiques de l'état de rut

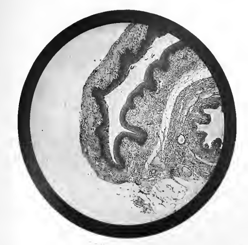


Fig 11. — Vagin de rate castrée injectée avec un liquide actif, contenant de la folliculine.

(fig. 11); dans d'autres cas le liquide kystique ne contient pas de folliculine : il est inactif sur l'appareil génital de la rate castrée (fig. 12).
L'étude histologique comparée de la paroi des kystes montre que, dans le premier groupe, il s'agit de formations ayant une analogie structurale avec le follicule de de Graaf : ce sont des kystes folliculaires; tandis que, dans le second groupe, il s'agit le plus souvent de kystes du corps jaune résultant de l'évolution kystique ou de la dégénérescence du corps jaune.

Ces recherches ont porté sur 11 cas : 5 kystes ont été reconnus inactifs, dépourvus de folliculines ; 6 contenaient de la folliculine. Parmi ces derniers il faut signaler 3 cas de métrorragies : 1 chez une femme à la ménopause ; 2 chez des femmes jeunes, et tous sans causes utérine ou générale susceptibles de les expliquer ; en sorte

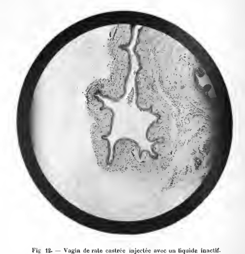


Fig 12. — Vagin de rate castrée injectée avec un liquide inactif.

qu'il est logique de penser que le kyste folliculaire était bien la cause des accidents observés.

L'étude histo-physiologique des ovarites kystiques permettrait donc un classement convenable de ces formations, en même temps qu'elle explique pourquoi certaines d'entre elles constituent une lésion pathologique devant être traitée chirurgicalement.

Salpingite iliaque gauche ayant simulé une sigmoïdite. *Soc. Anatomique*, fév. 1929, p. 223.

J'avais déjà eu l'occasion d'observer une salpingite haute iliaque droite qui avait évolué avec un tableau clinique d'appendicite. Dans le cas présent, c'est une salpingite haute iliaque gauche qui simulait cliniquement et radiologiquement une sigmoïdite suppurée d'une façon si étroite, que, même à l'opération, les lésions coliques ont donné le change et ont conduit à l'extériorisation de ce segment d'intestin. Mais une biopsie faite sur une saillie polypeuse, saillant dans l'abcès iliaque permit de reconnaître la trompe. Le côlon est réintégré, et la guérison survient après cure secondaire de l'éventration.

L'existence de salpingites iliaques doit donc être retenue; leur diagnostic est assez difficile.

V. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Transplantation du péroné pour réparer une perte de substance du tibia (non rapporté). *Soc. de Chirurgie* 1927.

Une femme de 63 ans est atteinte de pseudarthrose par perte de substance du tibia à la suite d'une ostéomyélite aiguë. Étant donné son âge, j'ai considéré qu'il y avait lieu de pratiquer la transplantation du péroné vivant avec ses attaches musculaires, plutôt qu'une greffe morte massive ou par copeaux périostés, dont la réparation demanderait un trop long délai.

J'ai fait la transplantation péronière par une technique dont on peut voir figuré ci-joint le détail (fig. 13 et 14), et qui consiste à soulever largement les muscles de la loge antéro-externe pour faire basculer sous cette arche le péroné sectionné à la longueur voulue et toujours attaché à la membrane interosseuse et à ses insertions musculaires postérieures.

Les suites opératoires ont d'abord été bonnes et la malade a pu marcher avec un membre solide au bout de 9 mois. Mais une fracture du transplant s'est produite quelques semaines plus tard et elle a été longue à consolider, nécessitant, au bout de sept mois, la pose de greffons ostéopériostiques au niveau de la fracture du péroné transplanté.

Enfin, au bout de deux ans en tout, la consolidation était obtenue et le membre correctement réparé.

La transplantation péronière réalisée d'abord par Hahn en 1904 est encore une intervention mal réglée. Les techniques proposées en effet sont très diverses. Hahn, Codman pratiquent l'implantation unipolaire du péroné dans le segment supérieur du tibia. Poirier, puis Huntington pratiquent la transplantation bipolaire, mais en

deux temps, en haut d'abord, puis secondairement en bas. Curtilliet, Manclaire réalisent une ostéoplastie par transplantation avec un fragment détaché du bord interne du péroné. Cunéo, Barbet

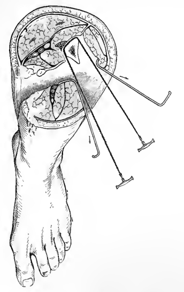


Fig. 13 — Schéma de l'opération de transplantation du péroné pour remplacer une perte de substance du tibia. Le segment du péroné que l'on sectionne en haut et en bas à la scie de Gigli est laissé adhérent aux muscles voisins entre les deux sections, ainsi qu'il est vu à la figure suivante.

décrivent des techniques de transplantation bipolaire en un seul temps, dont le mode opératoire que je propose est dérivé.

Il est possible que chacune de ces techniques ait des indications particulières : c'est ainsi que chez l'enfant l'implantation unipolaire peut donner un résultat satisfaisant (Anglesio, Storn); chez l'adulte et spécialement chez l'adulte âgé où l'on cherche, si l'on rejette

l'amputation, une technique donnant le maximum de chances de réparation, il me paraît que la transplantation bipolaire en un seul temps est l'opération de choix. Mais il est indispensable de conserver tous les vaisseaux possibles au segment du péroné transplanté, la

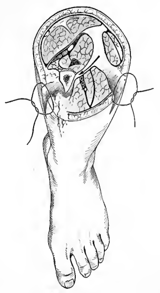


Fig. 14. — On a fait glisser le segment du péroné laissé adhérent aux muscles voisins dans la perte de substance du tibia.

membrane interosseuse est un pédicule absolument insuffisant; c'est toutes les insertions postérieures qu'il faut conserver et c'est la raison d'être de la technique que je propose.

Malgré cela je n'ai pas évité, dans le seul cas que j'ai eu à traiter, la fracture consécutive du transplant et cet accident démoutre une fois de plus la fragilité de toutes les greffes osseuses.

L'incision en bonne place dans la cure de l'appendicite aiguë. *Revue Médicale Universelle,* avril 1927, p. 7.

A propos du drainage dans l'appendicite aiguë. *Comptes rendus du Congrès Français de Chirurgie,* 1927, page 464.

La situation de l'appendice dans le ventre est très variable et sa découverte au cours d'une opération pour appendicectomie nécessite parfois des recherches plus ou moins longues.

Cela n'a pas grande importance quand on opère à froid, le patient n'encourt pas de ce fait de risques sérieux; aussi, sauf cas exceptionnels, l'appendicectomie à froid comporte-t-elle une incision systématique (Mc Burney-Jalaguier), puisque aucun indice ne permet d'avance de savoir où est l'appendice.

Il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'enlever l'appendice au cours d'une crise aiguë. Ici la recherche de l'appendice dans le ventre est très dangereuse, car elle réalise au maximum, quelque soin qu'on prenne, la diffusion de l'infection par le brassage des anses intestinales, par les traumatismes faits à la séreuse enflammée par les champs et par toutes les manœuvres opératoires.

Aussi, en présence d'une appendicite aiguë, le chirurgien doit-il rechercher soigneusement la localisation du foyer péritonéal, afin d'inciser exactement en ce point. Cette recherche pourra être menée à bien dans presque tous les cas, grâce à la découverte, soit d'une zone de contracture pariétale limitée ou maxima, soit du foyer péritonéal lui-même perceptible.

Si la crise d'appendicite aiguë a débuté très récemment, la réaction péritonéale est encore étroitement localisée. Par une palpation soigneuse, très douce, gagnant des régions saines, et par approche prudente, la région douloureuse, il est aisé de reconnaître le territoire de la contracture pariétale, de la délimiter exactement; elle peut occuper, suivant la situation de l'appendice, toutes les régions de l'abdomen et elle n'excède souvent pas la surface de quelques travers de doigt. En incisant dans cette petite zone, on tombera directement sur le foyer et dans ce foyer sur l'appendice. Dans deux cas la zone de contracture manque. D'abord dans l'appendicite pelvienne; ici la péritonite péri-appendiculaire n'engendre pas de

contracture de la paroi, puisque cette paroi est osseuse; mais dans ce cas le diagnostic précis de localisation peut être fait grâce à d'autres signes physiques (exploration rectale ou vaginale), ou fonctionnels (troubles vésicaux ou rectaux). Ensuite dans l'appendicite médio-abdominale où l'appendice, logé au milieu des anses grêles, provoque une péritonite localisée profonde, sans aucun rapport avec l'une quelconque des parois de l'abdomen. Ici le réflexe péritonéo-pariétal fait défaut, et pour localiser le foyer profond il faut recourir à l'examen sous anesthésie.

Si la crise d'appendicite a débuté depuis plus longtemps, la réaction péritonéale a déjà diffusé plus ou moins largement autour de l'appendice malade. Dans ce cas l'examen le plus soigneux ne permet pas la localisation précise du foyer : le ventre est ballonné, la paroi est sensible sur une grande étendue et la palpation rencontre partout la même résistance, sous forme d'une contracture invincible et douloureuse.

Il faut employer ici un nouveau procédé d'examen : la palpation sous anesthésie générale. L'anesthésie étant complète, on note la disparition de la contracture dans la plus grande partie du territoire où elle avait été constatée, et au niveau du foyer appendiculaire seulement subsistent des signes caractéristiques : petite zone de contracture résiduelle très nette avec perception de plastron profond, ou le plus souvent à la fois résistance de la paroi et tuméfaction intra-abdominale. Cette exploration sous anesthésie doit être faite sur la table d'opération et tout étant prêt pour cette opération. Ce ne sont que quelques minutes à réserver avant de prendre le bistouri.

L'incision sera faite n'importe où existe la zone de contracture maxima; il n'y a pas d'endroit de la paroi abdominale qu'on ne puisse inciser commodément et heureusement, pourvu que l'incision soit petite (5 à 6 cm.). Elle sera conduite par dissociation des muscles de préférence. Le péritoine ouvert, un flot de liquide mal-odorant ou de pus s'écoule aussitôt; dès lors on est assuré que l'appendice n'est pas loin. Parfois il s'érige de lui-même dans la plaie; le plus souvent, il faut mettre le doigt dans la plaie pour l'amener aisément, sans causer de dégât, sans rompre d'adhérence protectrice. L'opération ainsi faite par l'incision en bonne place sera donc très facile et très brève.

En ce qui concerne le drainage, j'ai adopté la pratique de mon maître Lecène : fermeture du péritoine s'il ne s'agit que d'une péritonite séro-purulente, drainage par une mèche-cigarette du foyer

s'il est gangreneux ou fétide, paroi laissée ouverte le plus souvent, ou rapprochée dans les cas bénins avec des crins totaux. Même si la paroi est laissée ouverte la cicatrisation est habituellement rapide et produit une cicatrice solide sans éventration. Ceci est un gros avantage sur les trop larges drainages, trop souvent facteurs de fistules intestinales et de grosses éventrations.

Traitement de certains cas de luxation récidivante acquise de la rotule par transplantation musculaire (rapport Lecène). *Soc. de chir.*, mars 1928, p. 373.

Il s'agit du traitement des luxations récidivantes acquises de la rotule sans déformation secondaire de l'articulation du genou; aux cas complexes conviennent d'autres techniques chirurgicales.

Celle que j'ai employée, après mon maître le Pr Lecène, est dérivée de Krogins; elle consiste à créer une anse musculaire active, pourvue de son innervation et d'en cravater la rotule pour la maintenir en place. Le faisceau musculaire est prélevé sur le vaste interne, il doit être libéré très largement après désinsertion inférieure, il est ensuite réinséré dans une brèche capsulaire faite en dehors de la rotule et fixé de façon à embrasser la base de la rotule par un trajet arciforme. On termine par une capsulorraphie interne,

Le malade revu plusieurs mois plus tard n'avait plus eu de luxation rotulienne; on sentait, quandil contractait fortement son quadriceps, contraction qui auparavant risquait de produire la luxation, que se formait une bandelette contractile au-dessus de la rotule qui la repoussait en dedans et en bas. L'intervention a donc produit ce qu'on en attendait; dans deux autres cas, le Pr Lecène en a obtenu d'aussi bons résultats.

Sphacèle d'un doigt après anesthésie en bague à la novocaïne sans adrénaline (rapport Lecène). *Soc. de Chirurgie*, mai 1928, p. 782.

Au cours d'une discussion à la Société de Chirurgie sur les acci-

dents de l'anesthésie locale, j'ai apporté une observation qui prouve qu'il peut se produire exceptionnellement des accidents sphacéliques à la suite d'une anesthésie par infiltration de novocaïne, même sans adjonction d'adrénaline. Il s'agit d'un accident grave de sphacèle total d'un doigt à la suite d'une anesthésie en bague pour ablation d'un fragment d'aiguille sous l'ongle de l'index. Des phlyctènes sont apparues dès le lendemain et le doigt, sphacélé jusqu'au niveau de la bague anesthésique sur la première phalange, fut amputé au bout de 3 semaines.

Un tel fait, peut-être moins exceptionnel qu'il ne semble, survenant après une intervention de petite chirurgie aseptique, doit rendre circonspect dans l'emploi de l'anesthésie en bague, méthode précieuse, mais qui n'est donc pas sans risque.

Traitement des tumeurs blanches du poignet chez l'adulte. *Gazette Médicale de Picardie*, janv. 1928, p. 287.

La tumeur blanche du poignet de l'adulte n'a pas bonne réputation chez des classiques; il me semble que ce pronostic funeste doit être revisé et, en me basant sur une petite série de cas, je pense qu'on peut obtenir de bons résultats anatomiques et fonctionnels en associant trois thérapeutiques : l'immobilisation plâtrée, les rayons ultra-violets en bains généraux et une résection-curettage du carpe.

Cette intervention n'est pas toujours indispensable, j'ai rapporté deux observations où, par le plâtre et les irradiations, j'ai obtenu des guérisons très satisfaisantes avec conservation de quelques mouvements du poignet et intégrité des doigts. Mais dans d'autres cas il faut opérer : c'est lorsque la radiographie montre l'existence, au niveau du carpe, d'amas nécrotiques et caséeux qui font office de séquestre et empêchent la guérison. Pour nettoyer ce foyer tuberculeux il ne faut pas, à mon avis, un acte chirurgical large, un curettage suffit et il doit être réalisé par les voies les moins mutilantes. L'incision de Morestin sur le bord interne du poignet est excellente, elle sera souvent complétée par une ou plusieurs incisions menées sur une fistule ou sur un abcès. Par ces incisions très courtes on vide à la curette le foyer carié, jusqu'à ce qu'on trouve une paroi résistante; c'est le toucher et non la vue qui guide dans

ce curettage. On obtient ainsi un résultat fonctionnel parfait avec un léger tassement du poignet. Je crois que les résections typiques à ciel ouvert du poignet ne permettent pas d'obtenir aussi bien.

Des différents modes de suture de la paroi abdominale après laparotomie. *Bull. Médical de Québec*, juin 1928, p. 183.

Dans cet article de vulgarisation, j'ai étudié les indications des différents modes de suture de la paroi abdominale. Elles sont en effet très diverses et c'est à tort, à mon avis, que certains chirurgiens se disent partisans d'un mode unique de suture s'appliquant à tous les cas. Il faut distinguer les opérations strictement aseptiques, c'est-à-dire n'ouvrant aucune collection, ni aucun viscère septique et les opérations suspectes de septicité qui comprennent notamment l'hsytérectomie totale et la plupart des opérations sur le rein et sur les voies biliaires.

Aux opérations aseptiques convient la suture à plusieurs plans à matériel perdu non résorbable, et le catgut qui ne donne aucune sécurité de durée au delà de trois ou quatre jours doit en être exclu.

Aux opérations septiques convient la suture en un plan, parce que tout matériel de suture abandonné dans la paroi en favorise l'infection; là encore le catgut ne doit pas être employé parce qu'il est détruit plus rapidement encore en milieu infecté et que, par conséquent, une éventration post-opératoire est toujours menaçante après son emploi. La suture en masse, par la solidarisation étroite des différents plans, par le capitonnage qu'elle réalise, est parfaitement propre à rendre bénignes les infections post-opératoires de la paroi. Il ne faut pas faire les points de suture trop serrés pour permettre le drainage entre eux des suppurations qui peuvent se produire. Enfin, une règle est essentielle : ne jamais désunir la suture en un plan avant le 12e-15e jour.

En revoyant, dans une consultation d'assistance aux infirmes, beaucoup d'anciens opérés, j'ai pu me rendre compte de la fréquence des éventrations chirurgicales et juger de l'importance d'une bonne suture de la paroi après laparotomie. C'est une question qui ne saurait trop intéresser les chirurgiens.

Phlegmon de la gaine palmaire de l'index traité par les incisions latérales et guéri avec conservation des mouvements du doigt. (Présentation du malade. non rapportée). *Soc. de Chirurgie*, oct. 1928.

C'est un exemple des résultats excellents que peuvent donner les petites incisions latéro-phalangiennes multiples dans le traitement du phlegmon des gaines digitales (Klapp).

Les petites incisions ne réussissent pas toujours à enrayer le processus infectieux et il est parfois nécessaire d'en arriver secondairement à la grande incision longitudinale palmaire, mais c'est alors la perte à peu près fatale de la fonction. Au contraire, les courtes incisions latérales peuvent amener la guérison avec conservation intégrale de la fonction. Il faut les pratiquer dès l'apparition des premiers signes de phlegmon de la gaine, sans même attendre la mise en flexion du doigt : c'est ainsi qu'on peut sauver les mouvements.

Blocage du genou en extension à la suite d'une fracture de cuisse. Transplantation rotulienne. Très bon résultat fonctionnel (non rapporté). *Soc. de Chirurgie*, janv. 1929.

Chez un blessé atteint de fracture de cuisse, soigné d'abord par une broche de Steinmann, ensuite par une ostéosynthèse à plaque, j'ai eu à traiter un blocage du genou en extension dû à la formation d'une ossification musculaire sus-rotulienne. Après ablation de ce noyau osseux le blocage se reproduisit, parce que la cicatrice musculaire adhérait au fémur.

La perte de substance du quadriceps était trop vaste pour être comblée par une autoplastie musculaire. Grâce à un allongement du tendon rotulien en Z j'ai pu loger la rotule dans cette perte de substance à trois centimètres au-dessus de son niveau normal et réinsérer le quadriceps correctement.

Au bout de trois mois le blessé avait retrouvé une flexion active et passive du genou atteignant presque l'angle droit et les mouvements n'étaient nullement gênés par cette transplantation rotulienne.